

Bilaga 7

Förstudierapport Stöd för rätt sjukskrivning

Användarbehov och användarnytta

Maria Ekendahl

1 Inledning

Försäkringskassans prognoser visar att sjukskrivningarna ökar både i omfattning och i längd. Sjukskrivning är en viktig del av vård och behandling, men forskning visar också att långvariga sjukskrivningar kan leda till sämre hälsa, ekonomi och relationer. Idén bakom projektet *Stöd för rätt sjukskrivning (SRS)* är att förbättra för alla inblandade i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, inklusive individen själv. Ett gemensamt IT-baserat bedömningsstöd ska kunna bidra med ett samlat kunskapsunderlag för att läkare ska kunna utfärda läkarintyg med större träffsäkerhet samt hjälpa hälso- och sjukvården och Försäkringskassan att identifiera individer som har behov av specifika eller samordnade insatser. Bedömningsstödet kan också i en framtid användas som ett stöd för arbetsgivare och av individen själv för att kunna ta en aktiv del i sin egen rehabilitering.

Under förstudiearbetet har projektet utrett förutsättningarna för att skapa ett sådant samlat bedömningsstöd för olika aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. Huvudsyftet har varit att undersöka möjligheten att bättre utnyttja kunskap om prognosfaktorer som påverkar sjukskrivningen. Utifrån denna kunskap kan mer träffsäkra prediktioner ges om sjukskrivningslängd och omfattning för en enskild individ.

Projektet har finansierats via Socialdepartementet genom överenskommelsen mellan regeringen och SKL om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess, den så kallade sjukskrivningsmiljarden. Försäkringskassan och Sveriges Kommuner och Landsting ansvarar gemensamt för projektet. Socialstyrelsen och andra intressenter är representerade i projektets styrgrupper och referensgrupper. Projektets utredningsarbete påbörjades i mars 2014 och slutredovisning sker i oktober 2015.

Förstudiearbetet har varit indelat i följande delområden:

- *Målarbetet* har tagit fram förslag på övergripande gemensamma nationella mål för sjukskrivningsområdet och effektmål för projektet.
- *Kunskapsanalysen* har sammanställt vetenskaplig och annan relevant och aktuell kunskap om sjukskrivning, prognosfaktorer och insatser.
- *Omvärldsanalysen* har inventerat liknande bedömningsstöd i världen för att se om det finns relevant kunskap att dra lärdom av.
- *Konceptutredningen* har utrett verksamhetsmässiga, tekniska och juridiska förutsättningar för att utveckla bedömningsstödet.

Utöver delområdena har projektövergripande arbete som styrning, ledning, uppföljning, kommunikation och kvalitetssäkring bedrivits.

Utredningsarbetet har utförts av en arbetsgrupp med bred kompetens och med stor samlad erfarenhet av nationella e-hälsoprojekt. Delar av utredningsarbetet har utförts av och med forskare och utredare från Karolinska Institutet, Lunds universitet och Linköpings universitet.

Denna rapport redovisar en del av förstudiens arbete. Förstudierapporten med en sammanfattning av hela resultatet går att beställa genom att mejla till cecilia.alfven@skl.se

Mer information om projektet *Stöd för rätt sjukskrivning* finns på SKL:s webbplats: <http://skl.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/sjukskrivningsmiljarden/rattsjukskrivningstod.5229.html>

2 Sammanfattning

Det finns ett stort intresse för ett bedömningsstöd för rätt sjukskrivning hos målgrupper som läkare i primärvård, rehabkoordinatorer och handläggare på Försäkringskassan. Det framgår av de användarintervjuer som har genomförts under förstudien. Samtidigt ser målgrupperna ett stort behov även av andra åtgärder utöver ett bedömningsstöd för att nå fram till en mer kvalitativ och effektiv sjukskrivningsprocess. Det gäller framför allt tydligare utformning av fält och språkbruk i digitala intyg och bättre patientinformation om sjukskrivningsprocessen och om sjukskrivning som en del av vård och behandling. Från användarnas perspektiv skulle utvecklingen av ett bedömningsstöd behöva kompletteras med dessa övriga åtgärder för att ge full användarnytta.

För läkare i primärvård är den främsta nyttan med ett bedömningsstöd att det tillför ny kunskap, baserad på verklig sjukskrivningsstatistik, samtidigt som det integrerar den expertrekommendation som idag finns i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, FMB. Den största risk läkarna ser är att ett bedömningsstöd utvecklas utanför deras befintliga IT-verktyg och därigenom inte effektiviserar deras intygshantering.

För handläggare på Försäkringskassan är den främsta nyttan att de får tillgång till samma underlag som läkaren haft vid sin bedömning vilket underlättar dialogen och förbättrar den gemensamma kunskapsbilden. En risk som lyfts av handläggare är att prognoser för sjukskrivningslängd kan bli självuppfyllande om de inte används på rätt sätt.

Rehabkoordinatorer ser ett stort behov av att läkare får ett bra och strukturerat bedömningsstöd eftersom det underlättar dialogen i vården om intygshantering och rehabilitering. Eftersom rehabkoordinatorer och handläggare ofta arbetar tillsammans med rehabiliteringsfrågor finns ett gemensamt behov och intresse hos de båda grupperna.

Intervjuer med patienter har också genomförts för att få en bakgrund till hur individen upplever sjukskrivningsprocessen. Totalt kan det samlade intervjuresultatet dels användas som underlag för kravställning på en kommande tjänst, dels som stöd för förslag på åtgärder som kan komplettera ett bedömningsstöd.

Det är önskvärt att komplettera med fler målgruppsintervjuer i kommande etapper, dels för att säkerställa att användarnytta når ända fram i utvecklingsprojekt, dels för förankring och dialog med fler målgrupper som exempelvis arbetsgivarrepresentanter eller sjuksköterskor, som inte intervjuats under denna etapp.

3 Syfte med delprojektet/området

Det huvudsakliga syftet är att tidigt i förstudien fånga upp vilka användare som kan beröras av ett eventuellt bedömningsstöd och vilka användarnas övergripande behov inom sjukskrivningsprocessen är. Arbetet ska säkerställa att projektet tar hänsyn till, och inte missar väsentliga användarbehov eller möjliga användargrupper. Genom att tidigt fånga övergripande behov blir det också enklare i kommande utvecklingsetapper att snäva in de frågeställningar där utpekade användargrupper behöver tillfrågas ytterligare, exempelvis i form av kravfångst eller användartester under utvecklingen av en tjänst.

3.1 Omfattning och avgränsningar

Eftersom området handlar om användarnas behov har det kopplingar till alla övriga delar av förstudien. I de fall rekommendationer från övriga delar krockar med användarnas behov behöver det diskuteras i kommande etapper för att säkerställa att ett eventuellt framtida bedömningsstöd blir väl mottaget och använt i praktiken.

Området har avgränsats till att efterfråga användarbehov främst inom primärvård när det gäller vårdens många användargrupper. Skälet har varit att en stor andel sjukskrivningar sker inom primärvård vilket lett till beslutet att avvakta med att efterfråga fullständiga användarbehov från sjukhusvård/specialistvård. Ett par intervjuer inom detta område har dock utförts.

4 Metod

Inledningsvis diskuterades framför allt urval av målgrupper och omfattning av antal intervjuer med projektgrupp och styrgrupp. Intervjupersoner efterfrågades via Försäkringskassans och SKL:s nätverk och kanaler, samt via efterforskning från intervjuaren när det gällde patienter.

Fyra patienter med erfarenhet av längre sjukskrivningsperioder intervjuades tidigt i förstudien för att få en bakgrund till individens upplevelse av processen. Därefter intervjuades åtta läkare inom primärvård, åtta handläggare på Försäkringskassan och åtta rehabkoordinatorer, varav sex inom primärvård och två inom sjukhusvård.

Metoden som valdes var enskilda djupintervjuer för att kunna fånga användarbehov utifrån ett helhetsperspektiv på sjukskrivningsprocessen. Vissa specifika frågor kring behov av ett bedömningsstöd ställdes. Intervjuerna gjordes vid fysiska möten eller per telefon.

Intervjuerna har sammanställts och analyserats av intervjuaren/utredaren och resultatet har diskuterats i delprojektet Konzeptutredning, i projektgruppen och i styrgruppen. Resultatet har också presenterats och använts vid ett referensgruppsmöte med projektets referensgrupp för verksamhetsfrågor. Intervjuerna har använts som arbetsmaterial för att ta fram ett par tänkbara scenarier där ett bedömningsstöd, tillsammans med andra åtgärder, skulle kunna leda till en mer kunskapsbaserad dialog mellan olika aktörer inom sjukskrivningsprocessen, inklusive individen.

5 Resultat och slutsatser

Här presenteras en sammanfattning av resultat per intervjuad målgrupp.

5.1.1 Individer med erfarenhet av längre sjukskrivning

De fyra personer som djupintervjuades var i åldrarna 32-62 år, två män och två kvinnor. Två hade varit eller var sjukskrivna för utmattningsdepression, en var sjukskriven på grund av ortopediska besvär och en fjärde på grund av smärtor i axlar och rygg. En kort sammanfattning av vad som var gemensamt i personernas berättelser:

- En upplevelse av att det är svårt att få information om, och förstå regelverk, tidsgränser och vem som ansvarar för vad inom sjukskrivningsprocessen.
- En upplevelse av att vården har för lite tid till information och frågor om just sjukskrivningar.
- En diffus uppfattning om Försäkringskassans roll – om den främst är ekonomisk hantering, kontrollinstans eller stödfunktion.
- En upplevelse av att ingen instans, varken vården eller Försäkringskassan, tar hänsyn till individens hela situation och verkligen lyssnar på vad individen ser som sitt problem. Två personer beskrev dock att möten med nya läkare sent i processen hade medfört en stor positiv skillnad.
- Tre av fyra hade problem med arbetsgivarens inställning vilket upplevdes som starkt bidragande till både symtom och sjukskrivning. Den fjärde beskrev tvärtom arbetsgivarens stöd som starkt bidragande till att han såg det som möjligt att gå tillbaka i arbete.
- Alla uttryckte en stark oro för att förlora sitt nuvarande jobb och inkomst på grund av långvarig sjukskrivning. Bara den yngsta personen, som även hade en förstående arbetsgivare, såg det som möjligt/troligt att kunna hitta andra jobb på arbetsmarknaden.
- Läkaren/vården uppfattas som i grunden stödjande, men tidsbristen gör att stödet inte riktigt fungerar.
- Försäkringskassan uppfattas som frånvarande och lite skrämmande på grund av det ekonomiska hotet.
- Alla upplevde ett behov av deltidssjukskrivning men beskrev det som att det är något som är svårt att ”få”, två av fyra hade fått eller trodde sig kunna få det.

Personernas enskilda berättelser i sammanfattning

Den yngsta personen, en man, arbetade som IT-utvecklare. Han beskrev bakgrunden till sin sjukskrivning som tio års psykiska besvär som inleddes när hans mamma fick en cancerdiagnos som hon sedan avled av. Mannen var då ca 24 år och drabbades av en panikångestattack som följdes av flera års psykiska besvär, främst stark hjärtklappning, utmattning och oro. Han blev dock aldrig sjukskriven utan studerade inledningsvis och började sedan arbeta. Han fick mediciner för högt blodtryck och gick i terapi, både via vården och privat. Hans liv begränsades kraftigt av besvären, men han klarade studier och arbete och bedömdes av vården som ”ung, stark och frisk”. Under senare år drabbades han av kraftiga

magsmärtor och fick kämpa hårt för att få en gastroskopi som visade på en bakterieinfektion i tarmen. I samband med denna diagnos blev han för första gången sjukskriven även för utmattningssymtom. *”Det var en sådan lättnad att få vara sjukskriven, att inte behöva gå hem efter jobbet varje dag och bara ligga och sova för att orka med nästa dag. Och att någon förstod att jag faktiskt var sjuk”*. Utöver sjukskrivningen remitterades han till en stressmottagning och fick behandling för sina magbesvär. Han har gott hopp om att bli frisk genom att han har en förstående arbetsgivare och känner sig stöttad av sin nuvarande behandlingsplan och läkare. Planen vid intervjutillfället är att han ska börja arbeta på deltid inom ett par månader.

Den äldsta personen, en man, arbetade som fastighetsskötare när han fick höftledsbesvär i båda höfterna. En planerad höftledsoperation ledde till sjukskrivning som därefter förlängdes på grund av komplikationer. Sjukskrivningen påverkade mannen negativt eftersom arbetet var en viktig del av hans liv som även innebar ett socialt nätverk och en rutin att hänga upp livet på. Det framkom under intervjun att han dricker en del alkohol men enligt honom själv har det aldrig hindrat honom att sköta sitt arbete, däremot ökade drickandet under sjukskrivningen. Han önskade själv att kunna återgå ganska direkt efter operationen på deltid, och utföra enklare arbetsuppgifter, men enligt arbetsgivaren fanns inte dessa uppgifter. På grund av komplikationerna fortsatte han att vara heltidssjukskriven av ortopedkliniken men närmade sig vid intervjutillfället den tidpunkt då han skulle prövas mot hela arbetsmarknaden, vilket han på grund av sin ålder och sitt tillstånd oroade sig för. *”Jag får väl leva på socialbidrag, och jag kan leva på luft nästan, men jag tror ju att jag skulle kunna hjälpa de yngre grabbarna på jobbet med att svara i telefon och göra sånt dom inte hinner, medan dom kryper runt och fixar rör eller klättrar på tak som jag inte kan göra längre. Det skulle ju kännas bättre”*.

En 50-årig kvinna arbetade som webbredaktör och hade vid intervjutillfället nyligen återgått till arbete efter ett års sjukskrivning för utmattningssymtom. Hon beskrev själv arbetsgivaren som främsta skäl till sin sjukdom, att en långvarig omorganisation lett till en icke-fungerande arbetsmiljö där chefer och mellanchefer sviktar och otydlighet i krav och förväntningar lett till en för henne outhärdlig miljö. Hon upplevde sin närmaste chef som omöjlig att samarbeta med. I omorganisationen hade hon efterfrågat att placeras på en annan avdelning och i en annan roll utan att få gehör för det. Som bakgrund till hennes sjukdomsbild beskrev hon också en ganska nyligen slutförd skilsmässa. Hon sjukskrevs inledningsvis en kort period för akuta stress-reaktioner, men sjukskrivningen utökades därefter till längre perioder. Under sjukskrivningen fick hon tips om ett nytt projekt inom arbetsplatsen där hon upplevde bättre styrning och arbetsmiljö. Hon fick möjlighet att återgå till jobb inom projektet på deltid med långsam upptrappning under ett par månader och arbetade därefter heltid. Vid intervjutillfället var dock projektet avslutat och hon hade precis återgått till sin tidigare avdelning och chef vilket hon oroade sig för. Hon hade redan blivit sjukskriven en kort period till, denna gång dock för en infektion som blev långdragen. Läkaren varnade henne för att hennes arbetsplats skulle kunna innebära att hon blev sjuk igen och uppmanade henne att ta upp konflikten på arbetsplatsen eller söka nytt jobb. Hon beskrev själv läget som hopplöst. *”På jobbet kommer*

de inte att lyssna på mig, de ser ju mig som problemet. Och det är så svårt att få nytt jobb i min ålder, jag har sökt flera jobb men blir inte ens kallad till intervju”.

En 60-årig kvinna arbetade i skolmatsal men var sjukskriven för värk i huvud, axlar och rygg. Hon hade tidigare skadat handen i en arbetsplatsolycka, men efter det tillfället kommit tillbaka till arbetet. Även hon beskrev problemet som sin närmaste chef, en ny husmor som efterträtt den tidigare som gick i pension. Enligt kvinnan fungerade arbetet bra innan den nya personen kom, alla delade på det som behövde göras, vilket gjorde att hon kunde återgå så pass enkelt efter sin handoperation. Med den nya chefen tillkom nya rutiner, en upplevd hård kontroll, vilket ledde till intriger och konflikter. Kvinnan fick allt oftare migrän och värk i axlarna. Hon sjukskrevs och fick sjukgymnastik och vården utreder om värken beror på att hon använder handen fel efter olyckan. Själv tror hon främst att det är den psykosociala arbetsmiljön som gör arbetet för tungt. Hon upplevde inte att det fanns möjlighet att diskutera frågan med skolledningen ”eftersom rektorn ju har anställt chefen, de litar ju på varandra”. Vid intervjutillfället var hon sjukskriven för att ha trampat snett och fått en kraftig sträckning i nedre delen av ryggen och hade tid för återbesök om ett par veckor.

5.1.2 Allmänläkare i primärvård

De åtta som intervjuades, fyra män och fyra kvinnor, jobbade samtliga inom primärvården, men en av dem delade sin tid mellan sjukhus och vårdcentral. Fördelningen av deras yrkeserfarenhet var:

- 3 ST-läkare
- 2 med mellan 3-7 års erfarenhet
- 3 med över 10 års erfarenhet.

De övergripande frågor som togs upp under intervjun var:

- Vilka källor använder du idag?
- Vad är svårt idag med sjukskrivningar?
- Hur ser du på nyttan av ett bedömningsstöd?
- Ser du några risker?
- Övrigt som du tycker är viktigt att förmedla?

När det gäller källor så nämndes Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd (FMB) av samtliga. De med lång erfarenhet tittar sällan i praktiken, med motiveringen att det inte ändras så ofta. De med kortare erfarenhet tittar oftare. Samtliga vill ha bättre tillgänglighet till stödet och beskriver det som opraktiskt att behöva öppna och leta på en annan webbplats. Några ser bekymmer med att handläggare på Försäkringskassan “ser FMB som ett *facit*, inte som en rekommendation”. De ansåg att de ibland fick onödiga problem med intyget när de valde en sjukskrivningslängd som överskred FMB:s rekommendation trots att de själva ansåg att det tydligt var befogat i det individuella fallet.

”Jag vill ha allt på samma ställe. Enkla påminnelser, som ”nu har du överskridit tidsgränsen och därför behöver du motivera varför” skulle vara bra, inte bara en allmän information utan helst mer specifik för situationen.”

Det som beskrevs som svårt med dagens sjukskrivningar varierade en hel del beroende främst på antal år i yrket. De mindre erfarna beskrev problem med att känna till och förstå regelverk och tidsgränser och efterfrågade bättre stöd för detta, integrerat med intygsskrivandet. Många, även de med lång erfarenhet, beskrev att intygets fält och formuleringar känns onödigt tillkrånglade och medför onödigt mycket arbete med att hitta ”rätt formulering för rätt fält”. En stor del av den intervju-tid då personerna fick tala fritt upptogs av synpunkter på intygens utformning och frågor/önskemål om detta.

Utöver intygen beskrevs problem som att hitta rätt åtgärder för patienter med diffusa symtom, fler diagnoser samtidigt eller med stora problem i privatlivet eller i arbetslivet. Läkarna upplevde det som svårt att resonera med patienten om sjukskrivningens längd i dessa fall, och flera tyckte också det var svårt att hitta tid till att ha kontakt med arbetsgivaren kring rehabiliteringsfrågor.

”Arbetsplatsproblem är svåra tycker jag - när sjukskrivningen inte riktigt fungerar för vad den är till för. Patienten behöver ha kvar jobbet för sin SGI och ekonomi, men varken patienten eller arbetsgivaren vill egentligen ha personen där. Det blir en slags social sjukskrivning. Men livet är ju inte separerade lådor - allt påverkar varandra - personen mår förstås inte bra och det yttrar sig i form av symtom.”

Alla utom en var positiva inför tanken på ett bedömningsstöd. Den som avvek i denna åsikt avvek ganska tydligt från de andra i samtliga frågor då han beskrev merparten av sjukskrivningar som ”onödiga, det enda läkaren behöver stöd i är att lära sig säga nej”. Av dem som var positiva till nyttan av ett bedömningsstöd ansåg två med lång erfarenhet att de själva kanske inte skulle ha så stor nytta av det, men att det skulle hjälpa andra.

De nyttor läkarna såg var:

- En tidsvinst, förutsatt att stödet är integrerat i aktuell IT-miljö för intygshantering och att informationen från FMB också är integrerad i samma vy.
- Att handläggaren kan se läkarens utgångspunkt för bedömning och dela underlaget.
- Att det finns ett underlag som även patienten kan ta del av vid behov, eller som kan användas som diskussionsunderlag vid patientmötet.
- Att ett bedömningsstöd på sikt leder till bättre kunskap och evidens om sjukskrivningsfaktorer.

Flera intervjupersoner betonade nyttan med att använda bedömningsstödet som ett pedagogiskt underlag för dialog, både med Försäkringskassan och med patienterna. Man såg det som en stor fördel att dela samma underlag med handläggaren och att vid behov även kunna visa det för patienten, som ett stöd i samtalet. Några tog också upp att patienter borde

kunna få anpassad information om sjukskrivning där bedömningsstödet skulle kunna vara en källa.

”Det skulle kunna fungera som underlag till Försäkringskassan för min bedömning. Och sen kan jag redovisa min planering - om det inte blir som tänkt, så gör vi så här istället. Då finns redan insikten om att det kan bli längre men att det då finns en plan.”

“Jag skulle ha nytta av att visa patienten hur lång tid det brukar ta att bli frisk. Det skulle nog ge ett mer professionellt intryck än att jag bara säger det själv.”

”Det skulle ge en bild av att sjukskrivning är något som brukar ta slut vid en viss tid. Lite placebo-effekt i det”

Den risk som lyftes spontant var att ett bedömningsstöd inte skulle vara tillräckligt integrerat i befintlig IT-miljö och därigenom antingen inte användas eller leda till IT-stress för användarna. Några nämnde också risken för att utvecklingen av ett bedömningsstöd görs istället för att förbättra utformningen av intyg generellt, och menade att nytta uppstår först om båda dessa saker hanteras samtidigt.

Ingen nämnde spontant den risk som projektet ser som väsentlig att bevaka, att en prognos av förväntad sjukskrivningslängd i sig kan bli självuppfyllande. När intervjuaren tog upp frågan var det dock flera som höll med om att det skulle kunna vara en risk. De flesta menade dock att denna risk finns redan idag, genom att man som läkare ”skapar sig en inre bild” av vad som är rätt längd för sjukskrivningar vid olika diagnoser, baserad på erfarenhet och de källor som är enkelt tillgängliga.

5.1.3 Handläggare på Försäkringskassan

Åtta personer intervjuades, sex kvinnor och två män, från de olika kontor som finns över landet. Några hade arbetat inom Försäkringskassans projekt *En enklare sjukförsäkringsprocess*. Yrkeserfarenheten varierade från två år till närmare fyrtio år. De fick samma övergripande frågor som läkarna.

När det gällde vilka källor de använder idag inför bedömning och beslut så är läkarens intyg givetvis den viktigaste källan. Samtliga angav även att de regelbundet använder FMB. En person undrade över ifall FMB uppdateras tillräckligt ofta. Några nämnde att de ibland har behov av att läsa på om diagnoser eller behandlingar och då använder sig av exempelvis Internetmedicin eller Läkemedelshandboken.

På frågan om problem med dagens hantering nämnde alla spontant svårigheten med att kommunicera med läkare om intygen. Problemen uppstår när handläggaren inte anser att läkaren har fyllt i intyget tillräckligt väl och måste få kontakt med läkaren för kompletteringar. Flera handläggare ansåg att intygen skulle kunna utformas enklare, med färre frågor och tydligare språk förankrat i vården för att undvika missförstånd.

”Vi pratar inte samma språk i vården och inom Försäkringskassan. Antingen använder läkarna exakt samma ord i alla intyg som de har läst i vår informationsbroschyr eller så skriver de ingenting alls, eller för lite.”

”Det skulle vara enklare om vi bara kunde fråga: vad har personen för problem, hur ser personens arbetssituation ut idag och hur påverkar problemen personens möjlighet att jobba? Sen kunde man komplettera med: Vad tror du kommer att hända efter perioden som du sjukskriver för och hur ser din plan ut. Om jag som handläggare får den informationen så kan jag göra mitt jobb sen.”

Man såg också att läkare ofta missar att ta reda på om den sjukskrivne har en anställning vid sjukskrivningstillfället eller ifall personen är arbetslös eller timanställd, vilket påverkar tidsgränser och ersättningsregler. Andra problem som nämndes var svårigheten i att bedöma lämplig tid och åtgärder för vad man kallar symtomdiagnoser, som smärta eller oro, liksom de olika diagnoserna inom utmattningstillstånd och liknande psykiska diagnoser.

När det gäller Försäkringskassans samordningsansvar för rehabilitering var den övergripande bilden från intervjupersonerna att det är ett område man arbetar mycket med men där det finns utrymme för förbättringar. En sak som togs upp var att läkare så tidigt som möjligt ska kunna signalera till handläggaren om att det här är en patient som riskerar att hamna i en längre sjukskrivning än vad det aktuella intyget visar på. En sådan signal skulle då leda till att handläggaren tidigt tar kontakt med patienten och diskuterar frågor som rör exempelvis arbetsplatsen och den allmänna livssituationen.

”En tidig signal om att det här riskerar att bli långvarigt skulle vara bra. Och att vi då kan gripa in direkt och inte vänta i flera veckor eller månader. Det finns ju ”kontakt önskas ” i intyget, men det är en för otydlig formulering för många läkare som undrar över vem som ska kontakta vem, om det finns tid eller inte, och då låter de bli att kryssa i där.”

”När det gäller tidsaspekten är det viktigt att få snabb och rätt information, här och nu. Bättre att förstå tidigt att det till exempel finns konflikter på arbetsplatsen och kunna ta kontakt. Det blir bara värre om personen sjukskrivits i två månader och vi sedan börjar utreda om det finns grund för sjukskrivning. Det blir dyrt för den drabbade och upplagt för problem. Så en tidig signal vore bra att laborera med, där ett bedömningsstöd kanske kan hjälpa till”.

Synen på ett eventuellt bedömningsstöd var enbart positiv hos de intervjuade, som såg att läkarens bedömning borde underlättas och att handläggaren skulle ha nytta av att ta del av samma underlag. Några tyckte att ett bedömningsstöd borde kompletteras med anpassad information om regelverket om möjligt, exempelvis genom att återanvända enkla och korta stödtexter från Försäkringskassans handbok i socialförsäkringar.

På frågan om ifall handläggaren själv skulle ha behov av ett stöd för egna bedömningar nämnde några att det är svårt att veta vilka av alla olika åtgärder man ska rekommendera när man arbetar med att samordna rehabilitering. Särskilt gäller de åtgärder som inte är direkt

ordinerade och remitterade från läkaren, utan som kan gälla allt från konflikthantering på arbetet till olika terapimetoder. Om ett bedömningsstöd skulle kunna ge rekommendationer kring vilka åtgärder som visat sig ha effekt, och vid vilka diagnoser, skulle det vara direkt användbart för handläggaren.

En handläggare tog självmant upp risken för att ett bedömningsstöd som bygger på kunskap om förväntad sjukskrivningstid också kan leda till att prognosen blir självuppfyllande. Övriga intervjupersoner kunde se att risken möjligen fanns, men ansåg att det kunde motverkas genom att stödet inte utformas styrande, utan som ett underlag till ett självständigt beslut.

Slutligen nämnde flera av de intervjuade att de såg nyttan av bättre, mer anpassad och bredare information om sjukskrivningen som en del av vård och behandling, liksom om regelverket, riktad direkt till de sjukskrivna personerna. I dagsläget möter handläggarna ofta förvirring, okunskap och oro kring processen i kontakter med sjukskrivna, något de ser som möjligt att åtminstone delvis åtgärda genom bättre information, exempelvis på vårdens portal 1177.se.

”Det vore vettigt att ge information till patienten själv, men på en objektiv plats som exempelvis 1177.se. Även om jag arbetar på Försäkringskassan så tror jag att information från vår webbplats uppfattas som partisk och den behöver finnas också på andra ställen.”

5.1.4 Rehabkoordinatorer i vården

Åtta personer intervjuades, samtliga kvinnor, där sex arbetade inom primärvården och två i ett projekt på en ortopedisk sjukhusavdelning. Av dem från primärvården arbetade två med psykiatrisk vård. Ingen av de intervjuade arbetade heltid i sin roll som rehabkoordinator, utan hade också andra arbetsuppgifter, exempelvis som sjukgymnast, arbetsterapeut eller sjuksköterska. Vissa arbetade endast 10-20 procent som rehabkoordinator, och andra mellan 50-75 procent. Eftersom rollen är ny i vården har den utformats olika på olika håll, och de flesta var fortfarande del av en projekt- eller försöksverksamhet i sitt landsting. Vissa träffar inte patienter som en del av sin roll medan andra gör det.

Det som var gemensamt var att de alla kände sig uppskattade i sin roll av både patienter, kollegor och arbetsgivare. De upplevde alla tidsbrist och bedömde att de skulle kunna göra mer nytta på en högre tjänstegrad. Alla går igenom sjukskrivna patienter med läkare, enskilt eller vid gruppmöten, ofta varannan vecka. De flesta jobbar mycket nära och likartat som handläggare på Försäkringskassan. Det upplevdes positivt även om några nämnde att det ibland är lite oklart vem som har ansvar för vad.

De flesta intervjuade kunde se nyttan av ett bedömningsstöd för läkare. De såg framför sig att de i sin egen roll skulle kunna komplettera kunskapen från ett sådant IT-stöd med mer handfast praktisk hjälp, som exempelvis tidiga kontakter med arbetsgivare och hjälp till läkaren i hur intygen ska fyllas i för att fungera för Försäkringskassans handläggare. Några nämnde att det vore önskvärt med ett stöd som förenklar för läkaren att ställa rätt slags frågor om arbetsuppgifter utifrån ett försäkringsmedicinskt perspektiv. Flera menade att de själva, med sina grundutbildningar i kombination med rollen som rehabkoordinator, ofta hade en bättre möjlighet till arbetsförmågebedömning än läkaren. De såg också behovet av att lägga

mer tid på att informera vissa patienter om sjukskrivning, något som de skulle kunna bidra med i vårdarbetet när läkarens tid inte räcker till.

“Jag tror ett bedömningsstöd vore bra, skulle behövas. Gärna med tydliga stödtexter och påminnelser om tidsgränser”

“På samma sätt som när man började gå över från “alltid antibiotika” till “bara ibland”, så är det en utmaning att pedagogiskt informera om sjukskrivning.”

“Jag kan enklare ställa rätt frågor till patienten och arbetsgivaren när det gäller själva arbetssituationen. Exempelvis en kvinna med artros i knäna – det ska vara kort sjukskrivning enligt FMB. Men om man tittar på det slags arbete som just den här kvinnan har så blir det något annat. ”

Kartläggning av sjukskrivningsärenden på ortopedisk avdelning

Här beskrivs övergripande det som framkommit i intervjuerna med två rehabkoordinatörer inom sjukhusvård, intervjuer som skiljer sig från övriga genom att de fokuserade på ett befintligt projekt som de båda, Karin Axelsson och Lena Lundman, genomfört under 2014-2015. Under fyra månader hanterade de 500 patientärenden i syfte att kartlägga problembilden kring sjukskrivningar vid en ortopedisk avdelning. Det största antalet ärenden var telefonsamtal från patienter som fick möjlighet att via ett knappval välja ”sjukskrivning” som sin frågeställning. Utöver samtalen gick rehabkoordinatorerna igenom ett 80-tal skriftliga begäran om komplettering av läkarintyg från Försäkringskassan och hjälpte ortopederna att komplettera intygen.

Kartläggningen visade att patienter ofta tvingades ringa flera gånger till flera olika instanser för att få svar om frågor som gällde deras sjukskrivning. Efter en operation kunde de ringa mottagningen och få svar från sjuksköterskor om det mesta; sårvård, smärtlindring och praktiska tips om belastning. Men om frågan gällde sjukskrivning kände sig sjuksköterskorna osäkra och svarade *“jag lägger en lapp så att läkaren kan ringa upp”*. Läkaren ifråga kunde vara frånvarande flera dagar på grund av operationer, och ibland ledig för forskning eller semester. Patienterna ringde ofta även till andra ställen i sin frustration över att inte få svar, som till akuten eller till vårdavdelningen. Den vanligaste frågan som drev patienten att ringa runt gällde att sjukskrivningen gått ut trots att det kvarstod någon vecka till kommande återbesök. Patienterna blev oroliga för att få problem med sin ersättning eller anställning på grund av glappet.

När det gällde Försäkringskassans begäran om komplettering gick rehabkoordinatorerna igenom journalerna och gjorde förslag på kompletteringar som de sedan förmedlade till läkarna. De lade till mer specifik information i rätt fält, information som fanns i journalen, och som de visste att Försäkringskassan efterfrågar. Rehabkoordinatorerna var inledningsvis oroliga för att detta arbetssätt skulle göra läkarna för passiva - *“vi gjorde ju jobbet åt dem”*. Men det visade sig att läkarna mycket noga läste igenom allt som stod i underlaget innan de signerade och skickade in sitt intyg. På så sätt lärde de sig vad som förväntades i intygandet

och började gradvis skriva dem mer korrekt. Ett vanligt problem som upptäcktes i kartläggningen var att ortopederna inte hade tid att klicka sig fram till informationen i FMB på Socialstyrelsens webbplats. Rehabkoordinatorerna höll också en genomgång för alla ortopedier om sjukskrivningar, regelverk och intygsskrivande. Genomgången fick ett mycket stort gensvar med många engagerade frågor.

Som en del av sin projektverksamhet har rehabkoordinatorerna tagit fram en lathund till ortopedläkare med rutiner och övergripande riktlinjer för sjukskrivning. Planer finns också på en lathund för mottagningsköterskor för vissa frågor som kan lösas av denna roll i telefon. De har också, tillsammans med Försäkringskassan, tagit fram en broschyr riktad till patienter - ”Information om sjukskrivning till dig som ska genomgå en planerad höft- eller knäprotosoperation på Södersjukhuset”. Anledningen är att patienterna ofta har många frågor om sjukskrivning medan de tidspressade besöken i vården fokuserar på rent medicinska aspekter. Genom att patienten tidigt får fundera över hur återgången till arbete kan se ut kan dialogen också inledas med arbetsgivaren i god tid. Planen är att ta fram fler diagnosspecifika broschyrer gällande sjukskrivningar. En viktig åtgärd som projektet utfört och ser behov av är en introduktion av nyanställda läkare med information om regler och rutiner inom försäkringsmedicin och om rehabkoordinatorernas roll. Särskilt gäller detta läkare med utbildning från andra länder.

Eftersom arbetet har skett inom ett tidsbegränsat projekt är det oklart hur framtiden ser ut för rehabkoordinatorer som en del av ortopedmottagningens verksamhet. Men enligt Karin Axelsson och Lena Lundman skulle flera fördelar finnas med en permanent resurs på mottagningen, som:

- Förbättrad tillgänglighet och bättre bemötande av oroliga patienter med sjukskrivningsfrågor som kan nå fram till en rehabkoordinator genom ett särskilt val i talsvaret.
- Återkoppling till patienter så dessa slipper ringa flera gånger
- Förbättrad arbetsmiljö för läkare och övrig personal genom att rehabkoordinatorn övertar stora delar av de administrativa uppgifterna kring sjukskrivningsärenden.
- Snabbare handläggning av kompletteringar och färre sådana ärenden i takt med att läkarna lär sig vad som är viktigt att ta hänsyn till i intygsskrivandet.
- Ökad kompetens inom försäkringsmedicin generellt för all personal genom att sjukskrivningar blir en prioriterad fråga.

5.1.5 Telefonsjuksköterskor – en tänkbar användargrupp

En bakgrundsintervju har gjorts för att sondera behovet av att framöver inkludera även telefonsjuksköterskor som användare av ett bedömningsstöd. Sjuksköterskor ger råd per telefon direkt till allmänheten via kortnumret 1177, och till patienter som kontaktar vårdcentralernas telefonmottagning. Vid båda dessa tillfällen används ett så kallat rådgivningsstöd som innehåller strukturerad information till sjuksköterskan om medicinska frågeställningar. För tillfället finns inte försäkringsmedicinsk information i rådgivningsstödet.

Intervjun gjordes med Linda Lännerström, distriktssjuksköterska, som via Uppsala Universitet genomfört en forskningsstudie med telefonsjuksköterskor om deras uppfattning om försäkringsmedicinska frågor på vårdcentraler. Studien visade att sjuksköterskorna ofta upplevde frågor om sjukskrivningar som besvärliga på grund av bristande kunskap om regelverket och en del andra faktorer. Linda Lännerström har nu gått vidare med en interventionsstudie där telefonsjuksköterskor genomgår en utbildning i försäkringsmedicin. Hennes egen bedömning är att det är sannolikt att information i rådgivningsstödet om försäkringsmedicin, tillsammans med tydligare rutiner för dokumentation och hantering av sjukskrivningar på vårdcentralerna, skulle göra att sjuksköterskor bättre kunde hantera vissa sjukskrivningsfrågor och på så sätt förbättra det totala bemötandet av patienterna.

6 Diskussion

Det är tydligt att det finns ett stort intresse och ett behov av ett bedömningsstöd för sjukskrivning hos de intervjuade målgrupperna; läkare, rehabkoordinatorer och handläggare på Försäkringskassan. För läkare i primärvård är den främsta nyttan med ett bedömningsstöd att det tillför ny kunskap, baserad på verklig sjukskrivningsstatistik, samtidigt som det integrerar den expertrekommendation som idag finns i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd, FMB. För handläggare på Försäkringskassan är den främsta nyttan att de får tillgång till samma underlag som läkaren haft vid sin bedömning vilket underlättar dialogen och förbättrar den gemensamma kunskapsbilden. Eftersom rehabkoordinatorer och handläggare ofta arbetar tillsammans med rehabiliteringsfrågor finns ett gemensamt behov och intresse hos de båda grupperna.

Intervjuerna ger en första, bred, bild av vilka användarbehov som finns hos de intervjuade aktörerna. Resultatet går att använda som en del av grundmaterialet i planeringen av fortsatta etapper. Om något planeras som går direkt emot resultatet bör det kunna lyftas för diskussion eftersom det då riskerar att leda till dålig användarnytta och därmed minskade effekter av ett bedömningsstöd. Ett exempel skulle kunna vara att den tekniska implementeringen föreslås vara ett fristående bedömningsstöd som inte är integrerat i de IT-redskap som aktörerna redan använder för intygshantering. Redan i dessa användarintervjuer finns ett tydligt belägg för att detta går emot framför allt målgruppen läkares användarbehov. Eftersom intervjuerna gjordes ur ett helhetsperspektiv kan de också tjäna som påminnelse om att de intervjuade aktörerna ser bedömningsstödet som en del av en större helhet, där framför allt intygens utformning ses som mycket viktiga. På samma sätt lyftes behovet av bättre information till patienter om sjukskrivningsprocessen, vilket inte i sig löses av ett bedömningsstöd. Dessa helhetssynpunkter bör vara möjliga att hantera delvis i kommande etapper av SRS, delvis av andra, näraliggande projekt som beställarna förfogar över.

För att säkerställa användarnytta i en färdig tjänst krävs ett fortsatt målgruppsarbete efter denna första intervjufas. Det handlar framför allt om att, tydligare än vad som var möjligt under förstudiefasen, beskriva vilket innehåll ett bedömningsstöd kommer att ha i en första

version och hur det innehållet kommer att presenteras för användarna som får ge sina synpunkter på innehåll och utformning. Detta kan göras genom intervjuer, fokusgrupper och användartester under utvecklingen av exempelvis en prototyp, en MVP, minimal viable product, ett pilotprojekt eller en första version av en tjänst.

Eftersom målgrupperna i denna fas avgränsades av tidsskäl så kan det vara relevant att under kommande etapper göra intervjuer med ytterligare ett par målgrupper som kan komma att använda ett bedömningsstöd, eller som av förankringsskäl bör få tillfälle att ha synpunkter på det. Det kan exempelvis gälla läkare inom sjukhusvård, telefonsjuksköterskor eller arbetsgivarrepresentanter. Detta kan göras som en del av utredningsaktiviteter, förankringsaktiviteter eller pilotprojekt.

7 Granskning

Rapporten är granskad av:

- Ove Andersson, andre vice ordförande Sveriges Läkarförbund och ordförande Svenska Distriktsläkarföreningen
- Anna-Sophia von Celsing, doktorand på centrum för klinisk forskning i Sörmland, Uppsala universitet
- Ulf Hallgårde, överläkare, Region Skåne
- Anna Martinmäki, Försäkringskassan
- Göran Modin, Försäkringskassan